

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

19

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

André ARNOUX

Né le 14 Juillet 1907, à ORLÉANS (Loiret)

Forme non dysphagique du cancer
de la grosse tubérosité de l'estomac

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

André ARNOUX

Né le 14 Juillet 1907, à ORLÉANS (Loiret)

Forme non dysphagique du cancer
de la grosse tubérosité de l'estomac

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

I. — Professeurs

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	LÉON BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRE.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAM.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	N...
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD
	LAIGNEL.
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	Marcel LABBE.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
Assistance médico-sociale	LAUBRY.
	CROUZON.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES
BENARD Henri.	Pathologie médicale.	Pathologie chirurgicale.
BERNARD Et.	Pathologie médicale.	DE GENNES ...
BESANÇON (J.).	Hydrologie.	GAYET
BOULIN	Pathologie médicale.	GIROUD
BULLIARD	Histologie.	RAGUENAU ...
CATHALA	Pathologie médicale.	RALPHEN
COSTE	Pathologie médicale.	HAZARD
FEY	Pathologie médicale.	HUGUENIN ...
DOGNON	Physique.	Hygiène.
FUNK	Urologie.	LACOMME
BRENTANO		LANTUEJOL ..
GASTINEL	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE Guy.
GAILLARD	Parasitologie.	LELCNG
CHEVALLIER ..	Bactériologie.	Pathologie médicale.



MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.) . . . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD (L.) . . Ophthalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..)
 AUBERTIN)
 BRULE)
 CPABROL)
 DONZELOT)
 DUVOIR) Clinique médicale.
 LIAN)
 PASTEUR)
 VALLERY-
 RADOT
 SEZARY)

MM.

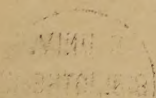
BASSET)
 BROCC)
 CADENAT)
 GATELLIER ...) Clinique chirurgicale
 MOURE)
 QUENU)
 SCHWARTZ)
 VELTER)
 ECALLE)
 METZGER) Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLE Puericulture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MES PARENTS

En témoignage de profonde affection et de grande reconnaissance.

A MA FEMME ET A MON FILS

Témoignage de tendresse.

A MON FRERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

*Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur*

Qui nous a fait le très grand hon-
neur d'accepter la présidence de notre
thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERGERET
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants Malades
Officier de la Légion d'Honneur

En témoignage de notre reconnais-
sance pour les précieux conseils qu'il
nous a prodigués.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ BUSSON

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-assistant de l'Hôpital Saint-Antoine

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse.

Témoignage de notre profonde re-
connaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR THOYER

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin-assistant de l'Hôpital Boucicaut

Avec nos remerciements, pour l'accueil bienveillant que nous avons trouvé auprès de lui.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SUZOR
Accoucheur des Hôpitaux de Paris

En remerciement de l'intérêt qu'il
nous a toujours témoigné.

A NOS MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS

et en particulier

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLAUME-LOUIS

A NOS MAÎTRES
DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR DUJARRIER, *in memoriam*

MESSIEURS LES PROFESSEURS
CLERC, ECALLE, GOUGEROT, GUILLAIN,
LEMIERRE

MESSIEURS LES DOCTEURS
AMEUILLE, HALLE, LOUIS RAMOND

FORME NON DYSPHAGIQUE DU CANCER DE LA GROSSE TUBÉROSITÉ DE L'ESTOMAC

LIMITATION DU SUJET

A propos de deux nouvelles observations de cancer de la grosse tubérosité gastrique, nous voulons décrire une forme caractérisée par l'absence de dysphagie pendant l'évolution. Or ce signe a bien souvent, malgré son apparition tardive, l'importance d'un symptôme révélateur. Quand il fait défaut, existe-t-il d'autres signes cliniques d'orientation ? C'est ce que nous envisagerons tout d'abord, nous réservant ensuite de montrer l'intérêt de l'examen radiologique de la coupole diaphragmatique gauche dont l'immobilité et la surélévation, dans un de nos cas, a permis de faire, du vivant du malade, le diagnostic toujours si difficile à poser de cancer de la grosse tubérosité.

HISTORIQUE

La connaissance du cancer de la grosse tubérosité est relativement récente. On a tout d'abord opposé au cancer du cardia, les cancers sous-cardiaques qui se développent à l'étage supérieur de l'estomac, tout en respectant anatomiquement le cardia.

Ces cancers sous-cardiaques sont assez rares, car JACQUIER-BRET, au cours d'une étude attentive de 200 observations, en retient 7 cas seulement. Nous rappelons les observations suivantes qui établissent l'autonomie de ce type de néoplasme. LACOURBE, en 1885, rapporte à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris l'observation clinique d'une lésion envahissant les deux tiers du corps gastrique, principalement la face postérieure, et confinant au cardia, sans intéresser cet orifice. Dans sa thèse, SCHRAMECK, en 1895, décrit une tumeur colloïde siégeant sur la grande courbure et la face postérieure, tout en respectant le cardia. Un peu plus tard, VICENEUX étudie un syndrome œsophagien répondant à une sténose sous-cardiaque, avec petite biloculation néoplasique. Il s'agissait du type anatomique envisagé par JACQUIER-BRET dans sa thèse sur « Le cancer sous-cardiaque de l'estomac », où la lésion commence 2 cm. au-dessous du cardia, sur la

petite courbure, pour devenir plus ou moins annulaire et envahir les deux faces de l'estomac. En 1911, ROUSSEAU publie deux nouveaux faits avec syndrome œsophagien dû à un cancer de la petite courbure, haut situé, qui respectait le cardia. Depuis la guerre, LENOIR, BARIETY, MAMOUL communiquent à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, le 7 mai 1926, un cas ayant débuté en Janvier 1922, par une hématomèse de sang rouge très abondante qui se répète jusqu'en septembre 1924. L'attention est simplement attirée par un bulbe duodénal douloureux à palpation. En novembre 1924, le syndrome œsophagien s'installait avec dysphagie et régurgitation. Un examen radioscopique montrait un arrêt prononcé de la baryte dans la partie terminale de l'œsophage. Un mois après, une autopsie attestait l'existence d'un cancer encéphaloïde ulcéré, commençant 2 cm. au-dessous de l'orifice du cardia, et se prolongeant sur la petite courbure et les deux faces de l'estomac. La grosse tubérosité était complètement respectée.

La majorité des cancers de la grosse tubérosité gastrique s'apparentent de très près dans leurs manifestations cliniques avec les cancers sous-cardiaques. Même évolution latente pendant des mois jusqu'au moment où la dysphagie attire l'attention du clinicien sur l'existence d'un néoplasme du cardia ou de la région sous-cardiaque de l'estomac. A ce type d'observation, se rapportent celles de CAIN, MARCHAND AUGIER, publiées en 1928, où la dysphagie a été le symptôme dominant de l'histoire clinique. Un an plus tard,

CAIN et OURY présentent deux nouveaux cas, où l'on peut schématiser l'évolution en deux parties : la première marquée par l'altération de l'état général et les douleurs thoraciques, où l'on porte le diagnostic de ptose avec dénutrition et de dyspepsie banale ; la deuxième phase caractérisée par l'apparition de la dysphagie qui attire l'attention vers l'œsophage et le cardia. Aucun examen radiologique n'ayant révélé d'altération à ce niveau, et une amélioration étant survenue à la suite d'un traitement atropinique, on a pensé à une origine spasmodique. Seule la position de Trendelenbourg devait mettre en évidence une tumeur déchiquetée à siège tubérositaire.

Mais il existe des formes de cancer de la grosse tubérosité de l'estomac, où jusqu'à la mort, aucun symptôme dysphagique n'apparaît. Ces formes sans dysphagie font le sujet de notre étude. Nous n'en avons relevé que trois cas dans la littérature française.

Dans deux observations, celle de Félix RAMOND rapportée en 1926, et celle de ROUBIER, BOUYSET et Mlle GUILLEMAIN publiée en 1927, le diagnostic ne fut fait qu'à l'autopsie, alors que de nombreux examens radiologiques de l'estomac, mais uniquement en position verticale, avaient été pratiqués en vue de déceler un cancer gastrique que l'ensemble des signes fonctionnels et généraux faisaient soupçonner. René MARESCHAL, en octobre 1928, rapportait la troisième observation où, pour la première fois dans cette forme sans dysphagie, le diagnostic avait été fait du vivant

du malade, grâce à un examen radiologique complet comprenant l'étude de l'estomac en position verticale et horizontale.

Nos deux observations portent à cinq le nombre des cas actuellement publiés.

OBSERVATIONS

Nous rapportons tout d'abord les deux observations nouvelles que nous devons à l'obligeance du Dr André BUSSON.

OBSERVATION I

(Drs THOYER et André BUSSON.)

M. A..., 57 ans (poids 58 kgs), accuse depuis quatre mois une perte de poids de 4 kgs. Il se plaint surtout d'essoufflement et de douleurs dans la région cardiaque irradiant vers l'épaule gauche.

Au début, son appétit a brusquement diminué, mais ce symptôme n'a pas persisté et pendant deux mois le malade s'alimente normalement, bien que sans grand plaisir. Un examen radiologique fait en position debout en décembre 1936 par un spécialiste, n'avait rien montré d'anormal. Peu de temps après, la fièvre apparaissait et oscillait entre 37° 5 et 39° le soir.

Son médecin traitant l'adressa alors au Dr. THOYER

en pensant à une évolution tuberculeuse. Toute affection pulmonaire éliminée, le Dr THOYER est frappé à l'examen radiologique par le surélévement de l'immobilité de la coupole diaphragmatique gauche. C'est alors que le malade est adressé au Dr. André BUSSON qui constate, au cours d'un examen radioscopique en position debout, un estomac paraissant normal : Rien à signaler au passage de la bouillie barytée ; cardia normal et absence de déformation de la petite courbure gastrique. L'anomalie si particulière de la coupole diaphragmatique gauche lui fait pratiquer un examen en décubitus ventral et dorsal. Il constate alors, de toute évidence, qu'il existe un cancer de la grosse tubérosité donnant une image en chou-fleur. C'est pour compléter, par des radiographies, cet examen radioscopique, qu'on envoie ce malade le 23 janvier 1937 chez le Dr LAGARENNE dont on connaît la toute particulière compétence ; voici son compte rendu :

Examen pulmonaire et cardio-aortique : clarté pulmonaire normale. Le diaphragme gauche est très surélevé à deux travers de doigts au-dessus du niveau du diaphragme droit. Il est régulièrement convexe. La base et le sinus gauche sont clairs. Immobilité complète du diaphragme gauche. La pointe du cœur est refoulée en dedans par le diaphragme gauche surélevé.

Examen de l'estomac : avant ingestion de baryte, la poche à air gastrique, au lieu d'être arrondie, se présente sous forme d'une série de taches claires en grap-

pes bordées chacune par un bourrelet noirâtre épais, surtout sous le diaphragme gauche. Pas d'aérocolie, pas de liquide de stase dans l'estomac à jeun.

Foie, en station debout, un peu basculé ptosiquement en avant.

Rate : son ombre est noyée dans le magma aérolaire de l'hypocondre gauche.

Le repas baryté est ingéré sous les rayons : œsophage : passage normal, le cardia est très abaissé par rapport au diaphragme gauche. Le passage s'y fait normalement sans difficulté.

Estomac : remplissage tonique. Forme en J descendant à plus de quatre travers de doigts en-dessous du niveau des crêtes iliaques. L'estomac, dans ses deux tiers supérieurs rempli de baryte, présente des parois souples régulières. La portion horizontale de l'antrum pylorique est normalement sillonnée par des contractions dont le point de départ, la progression et le rythme sont réguliers. Pas de spasme du pylore; une fois le régime des contractions établi, on voit les bouchées de baryte franchir cet orifice et passer par décharges intermittentes.

Le pylore et le duodénum présentent des parois régulières qui se dilatent normalement au passage de la baryte. Pas de douleur à la pression, à leur niveau.

En décubitus, la baryte reflue dans la grosse tubérosité qui présente un aspect pathologique très curieux. Immédiatement à gauche du cardia, la partie inférieure de la grosse tubérosité présente un rétrécissement canaliculaire à bords lacunaires rigides. La

partie supérieure de la grosse tubérosité apparaît en décubitus ventral, complètement échevelée, la baryte remplissant une série d'espaces vacuolaires et s'insinuant entre les productions bourgeonnantes.

En décubitus dorsal, la baryte reflue davantage dans la grosse tubérosité et en remplit mieux les interstices donnant un aspect lacunaire en puzzle. Les limites de cette image aboutissent jusqu'à une région très voisine du cardia. Toute cette portion supérieure de l'estomac, logée dans la concavité diaphragmatique gauche surélevée est inabordable à la palpation, recouverte par le grill costal.

L'évacuation gastrique, s'effectue normalement : une heure après l'ingestion, plus de la moitié de la baryte est évacuée.

Conclusions : Lésion organique de toute la grosse tubérosité dont l'aspect est déchiqueté, échevelé, à bords lacunaires. Les parois de cette portion sont épaissies, bourgeonnantes. On voit même un prolongement diverticulaire de baryte tellement excentrique en dehors, qu'on peut se demander s'il n'y a pas eu un commencement de perforation avec, autour, réaction de périgastrite purulente.



Obs. I. — Radiographie prise en décubitus ventral.



Obs. I. — Radiographie prise en décubitus dorsal.

Nous regrettons de ne pouvoir joindre à ces deux radiographies un autre cliché de l'estomac en position verticale. Mais, répétons-le, aucune image anormale gastrique, sauf l'aspect un peu particulier de la poche à air, ne pouvait être décelée. Par contre, l'immobilité et la surélévation de la coupole diaphragmatique gauche, sans lésion pleuro-pulmonaire, étaient évidentes.

Le malade meurt 4 mois plus tard sans avoir jamais présenté aucun symptôme dysphagique.

OBSERVATION II

(Drs BERGERET et André BUSSON)

M. R..., âgé de 47 ans, vient consulter, au mois d'avril 1936, pour la première fois, le Dr André Busson à la consultation de gastro-entérologie du service du Dr CHABROL (Hôpital Saint-Antoine) au sujet de crises douloureuses de l'hypocondre droit, remontant à 1921. Sur ce fond d'entéocolite muco-membraneuse, étaient survenues en 1930 des crises de colique hépatique.

Le fait nouveau qui l'oblige à consulter est l'apparition de sang dans les selles, sang noir, dit-il, accompagné de tension épigastrique en barre. L'appétit est conservé ; pas d'amaigrissement notable. L'examen décèle un signe de Murphy, un foie augmenté de vo-

lume, régulier et ferme. La rectoscopie montre l'existence d'hémorroïdes indiscutables et très congestives. Le malade ne veut se prêter à aucun des examens radiologiques proposés, et on pose le diagnostic provisoire d'entérocolite avec cholécystite chronique et poussée hémorroïdaire.

En juillet 1936, son état général s'est amélioré ; il a repris un peu de poids.

Mais au mois de décembre 1936, il revient consulter pour anorexie, amaigrissement de 1 kg. et apparition de douleur dans l'hypocondre gauche. En plus de ces trois symptômes nouveaux, le malade paraît pâle, asthénique et, nous rappelant son épisode de mœlena, on pratique des recherches systématiques, cette fois-ci acceptées, en vue de trouver une lésion du tube digestif, peut-être néoplasique.

A la radioscopie, en position verticale, l'estomac apparaît normal. De plus, un lavement baryté montre un cadre colite sans déformation, si ce n'est à noter la position très haut située de l'angle splénique du côlon. On met alors la douleur de l'hypocondre gauche et le fléchissement de l'état général sur le compte d'une poussée nouvelle d'entérocolite, car il existe au surplus une augmentation de la constipation avec recrudescence de peaux et glaires.

Deux mois plus tard, février 1937, le malade vient consulter à nouveau. A ce moment, l'amaigrissement s'est accentué, 3 kgs; la pâleur, l'asthénie ont également augmenté ; les globules rouges sont tombés à 4 millions, et les douleurs sous-costales gauches se pré-



Obs. II. — Radiographie en position verticale.

cisent et deviennent par intermittence très intenses, irradiant en hémi-ceinture et vers l'épaule gauche.

On décide l'hospitalisation afin de pratiquer les radiographies de tout le tractus digestif. La recherche du sang dans les selles est positive, alors que les hémorroïdes ne saignent plus depuis un an et que l'on a prélevé, afin d'éviter toute cause d'erreur, les fragments au centre des selles.

Les radiographies de l'estomac en position verticale, faites au cours d'un repas baryté, paraissent ne donner aucun signe évident d'une atteinte gastrique, bien que l'examen attentif de la poche à air aurait pu orienter, en fait, notre diagnostic ainsi que nous le verrons plus loin.

Le côlon est normal. Quant à la vésicule, elle apparaît assez grosse et après ingestion de radiotétrane, on peut noter, à la radio, la présence d'un calcul dans la région du col du cystique.

C'est dans ces conditions qu'on envoie le malade au Dr BERGERET, en lui précisant que si le diagnostic de cholécystite calculueuse paraît certain, il explique mal un certain nombre de symptômes présentés par le malade, et on réserve la possibilité d'un cancer gastrique latent avec métastase hépatique, étant donné l'augmentation de volume du foie.

Le Dr BERGERET opère le malade le 12 mars 1937. Le foie est augmenté de volume sans qu'il y ait de nodules métastatiques néoplasiques. La région de l'estomac visible au cours de l'opération est normale. Il existe un volumineux pyélocholécyste avec calcul gros

comme une bille oblitérant le cystique. Grosse péri-cholécystite : cholécystectomie. Le malade quitte le service le 15 avril 1937. Le diagnostic de cholécystite calculeuse développée sur le fond d'une entérocolite muco-membraneuse paraît donc pleinement vérifié.

Mais quelques mois après, dans le courant de juillet 1937, il entre de nouveau dans le service du Dr BERGERET pour amaigrissement, anorexie totale, douleurs de plus en plus intenses à la base gauche et température oscillante qui remonte à une quinzaine de jours.

Examinant ce malade, sur la demande du Dr BERGERET, le Dr André BUSSON trouve une pleurésie de la base gauche avec liquide puriforme aseptique. Quelques jours après le malade meurt.

L'autopsie, comme l'indique le compte rendu suivant, devait révéler l'existence d'un cancer de la grosse tubérosité.

« A l'ouverture de l'abdomen, on remarque un abcès sous-phrénique gauche occupant toute la loge splénique. Dans la plèvre droite, rien à signaler; dans celle de gauche, épanchement purulent d'un litre. La grosse tubérosité adhère à la région diaphragmatique. A l'ouverture de l'estomac in situ, on trouve un cancer ulcéro-végétant de la grosse tubérosité, large d'une petite paume de main, creusé en cratère et ouvert dans la rate. Celle-ci est creusée d'un abcès central fistulisé au niveau du hile qui est à l'origine de l'abcès sous-phrénique gauche .»

A ces deux nouveaux cas nous joignons les trois observations antérieurement publiées.

OBSERVATION III

(Félix RAMOND et CHABRUN) février 1926.

Agé de 43 ans et chaudronnier de son métier, M. X..., n'a aucun antécédent d'alcoolisme et de syphilis (réactions de Bordet-Wassermann et Hecht négatives). Pas d'infection antérieure notable, à part la rougeole et la scarlatine dans l'enfance. Il travaillait dans le cuivre et avalait quelques poussières de ce métal.

Le début paraît remonter à juillet 1925. A ce moment-là, son appétit diminua légèrement sans disparaître cependant dans les périodes ultérieures. Immédiatement après le repas, il éprouvait une sensation de tension gastrique, surtout costale gauche, suivie de renvois gazeux inodores les premiers mois, puis nettement fétides pour lui et son entourage ; le tout durait deux à trois heures ; puis, tout semblait rentrer dans l'ordre. Cependant, vers minuit ou une heure, il éprouvait une crise d'aérophagie également fétide qui le tenait éveillé une ou deux heures. Pas de hoquet. Exceptionnellement, peut-être six à sept fois dans tout le cours de la maladie, il éprouva quelques nausées à son réveil, n'allant d'ailleurs pas jusqu'au vomissement. Amaigrissement mensuel d'un kilogramme.

Vu l'état de faiblesse du malade à son entrée à l'hôpital, le chimisme ne fut pas pratiqué. L'examen radiologique, rapidement fait pour le même motif de faiblesse, ne montra aucune particularité digne d'être notée.

Au moment de son entrée et même quelques jours auparavant, le malade fut atteint d'une diarrhée fétide, non sanglante, incoercible, incessante avec 15 à 30 selles quotidiennes, cause de mort rapide puisque le malade ne séjourna qu'une quinzaine de jours dans la salle. A l'autopsie, on trouvait un cancer siégeant à la grosse tubérosité, comme l'atteste le compte rendu suivant :

« La lésion est du type encéphaloïde très végétant, friable et ses prolongements subissent la fonte purulente anaérobie en grande partie, d'où sa grande fétidité. Elle occupe le fond de la grosse tubérosité, se prolongeant vers le cardia dont le sépare 3 cm. et s'étend sur une largeur de paume de main. La partie supérieure empiète légèrement sur la face antérieure où il existe à peu près au centre de la tumeur une perforation (diamètre pièce de un franc) dont le fond est fermé par le diaphragme épaissi et infiltré par le cancer. Tout autour s'observe une épaisse symphyse péritonéale qui applique l'extrémité de la rate contre la tumeur. On remarque différentes propagations à la lèvre diaphragmatique, au cul-de-sac costo-pleural et à la base du poumon correspondant. Toutefois le médiastin n'est pas envahi ; les autres organes, y compris le tube digestif, sont intacts. Le foie pesait cependant plus de 2 kilogrammes. »

OBSERVATION IV

(ROUBIER, BOUYSET et Mlle GUILLEMAIN) avril 1927

Il s'agit d'une malade entrée à Saint-Pothin, au mois de mars 1926, pour une anémie très marquée. Rien à signaler dans les antécédents collatéraux, si ce n'est qu'un de ses frères est mort tuberculeux. Son mari est mort diabétique; pas d'enfant; pas de fausse couche.

Personnellement, la malade a présenté deux attaques de rhumatisme articulaire aigu en 1912-1913. Elle avait, dit-elle, toujours été plus ou moins anémique. Mais, en juillet 1925, cette anémie s'est accentuée, la malade a maigri et a éprouvé pour la première fois des troubles digestifs assez vagues : douleurs à l'épigastre sans caractère et sans horaire précis, accompagnées de vomissements glaireux à jeun.

Dix mois après son entrée dans le service, la malade présentait une anémie intense, avec souffles anémiques cardio-vasculaires, sans rate, sans fièvre ; l'hypoglobulie était de 2 millions.

Trois choses retenaient l'attention : l'existence de rhumatisme chronique ankylosant et déformant, à peu près généralisé, et de date très ancienne ; l'existence d'un gros fibrome utérin, mais n'ayant jamais déterminé d'hémorragies ; et enfin l'existence de troubles digestifs de deux sortes : les uns gastriques (douleurs

post-prandiales sans caractère nets, sans vomissements alimentaires, avec anorexie), les autres intestinaux (diarrhées intermittentes intenses et bilieuses).

L'examen des selles ne montra aucun parasite. On songea à une affection gastrique comme cause de l'anémie. La palpation de l'épigastre ne permettait de percevoir aucune tumeur. La réaction de Weber pratiquée en série dans les selles fut alternativement positive et négative.

L'examen radiologique donna également des résultats incertains et discutables sans permettre de conclure à l'existence d'un néoplasme.

L'évolution de l'affection fut assez lente. Les troubles gastriques diminuèrent, même l'appétit était assez satisfaisant. C'était surtout de la diarrhée dont se plaignait la malade ; cette diarrhée, d'abord intermittente, devint continue et abondante ; elle persista jusqu'à la mort qui survint le 23 novembre, précédée de violentes douleurs abdominales.

L'autopsie montra l'existence d'une double lésion gastrique ; un vaste cancer occupait la région du fond de la grosse tubérosité ; un ulcère siégeait sur la petite courbure. Ce dernier s'était ouvert dans l'arrière cavité où l'on trouvait quelques adhérences et un peu de pus.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait bien d'un cancer de l'estomac du type alvéolaire.

OBSERVATION V

(René MARESCHAL) octobre 1928

M. L..., 62 ans, cultivateur domicilié dans la Mayenne ressentait depuis sept mois des troubles gastriques caractérisés par des pesanteurs après les repas et des sensations douloureuses, peu intenses, mal localisées aux parties inférieures du thorax et supérieures de l'abdomen.

Aucun autre symptôme digestif; en particulier, pas de dysphagie. Anorexie sans dégoût électif. Grand amaigrissement et asthénie prononcée.

Le 16 avril 1928, l'examen abdominal est absolument négatif. Pas de point phrénique ni d'adénopathie sus-claviculaire, faciès terreux.

L'examen radiologique est fait le lendemain. La baryte arrive normalement dans l'estomac. Quand l'ingestion est terminée, le niveau de la substance opaque se trouve juste au-dessous du cardia; il est horizontal, mais dentelé et creusé en son centre d'une lacune irrégulière, ce qui donne un aspect typique « en pince de homard ». Au-dessus de la baryte, on ne voit pas de clarté aérique. Le refoulement de la substance opaque ne détermine aucun changement de l'image. En décubitus dorsal, puis ventral, le fornix ne se remplit pas et la région juxta-cardiaque garde le même aspect lacunaire. En position renversée, l'aspect est identique; on n'obtient aucun reflux œsophagien par la manœuvre de Ledoux et Huys.

Le 21 avril, une laparotomie exploratrice est pratiquée par le Dr LABURTHE-TOLRA ; il trouve un cancer occupant la presque totalité de la grosse tubérosité, mais laissant libre le cardia. Depuis, le malade a été perdu de vue.

ETUDE CLINIQUE

La rareté du cancer tubérositaire rend difficile de préciser la fréquence relative de tel ou tel symptôme ; mais nous voudrions cependant les classer suivant leur valeur d'orientation clinique. Il s'agit en effet d'un cancer rare ; d'après la statistique de FENWICK portant sur 1.850 cas, le cancer tubérositaire représenterait environ 1 % des cancers gastriques.

Néanmoins, en confrontant tous les symptômes rencontrés, nous allons essayer de tirer les conclusions utiles afin d'orienter le diagnostic.

Parmi les signes généraux, tels que la pâleur, l'asthénie, l'anémie, la diminution de l'appétit, l'amaigrissement et la température, aucun n'oriente plus particulièrement vers une lésion gastrique. Ils traduisent l'atteinte de l'état général comme dans toute néoplasie.

Parmi les signes fonctionnels, certains n'ont aucune valeur localisatrice. Dans l'observation II, bien que le mœlena constaté par des examens de laboratoire ait été un signe précoce, incitant même le malade à consulter dès son apparition, il a été impossible de poser un diagnostic, malgré plusieurs examens radiographiques complémentaires.

Il en est de même de nombreux troubles gastriques banaux. Dans l'observation I, il s'agit d'essoufflement, de diminution brusque de l'appétit; dans l'observation III, on signale une sensation de tension gastrique après les repas. Dans l'observation IV, on voit s'installer des troubles digestifs assez vagues au milieu d'un syndrome d'anémie. Enfin, dans l'observation V, on signale des troubles gastriques caractérisés par des pesanteurs après les repas.

De même au sujet de la diarrhée. Bien qu'apparaisant assez tardivement, elle semble coïncider avec une aggravation de l'état général. Dans l'observation III, tout d'abord banale, intermittente, elle devait devenir fétide, incoercible, incessante, avec 15 à 30 selles par jour, et conduire le malade à l'issue fatale en une quinzaine de jours. Dans l'observation IV, malgré une amélioration des troubles gastriques, on signale, dès le début de l'évolution, la présence de diarrhée intermittente, intense et bilieuse. La réaction de Weber a été alternativement positive et négative. Cette diarrhée devint continue et abondante et persista jusqu'à la mort. Il semble que l'on puisse attribuer une certaine valeur à ce signe, tant par sa fréquence et sa fétidité, que par l'aggravation de l'état général observée au cours de l'évolution ; mais, quels que soient la fréquence et le mode d'apparition de ces signes, aucun ne peut avoir une valeur localisatrice.

Il est par contre un signe capital : la dysphagie. C'est lui qui caractérise les formes que nous avons écartées du cadre de notre étude, nous nous borne-

rons à signaler qu'elle apparaît le plus souvent très tardivement, quelques semaines et parfois moins, avant la mort. Néanmoins, la dysphagie peut, dans certains cas très rares, être un symptôme révélateur relativement précoce. C'est ainsi que CAIN, MARCHAND, AUGIER, dans une observation publiée le 4 août 1928 dans la *Presse Médicale*, relatent un cas où la dysphagie s'installe précocement après l'apparition d'une douleur siégeant à l'appendice xyphoïde et au bord costal droit, et s'accompagnant d'une sensation rétro-sternale déterminant des crises de hoquet de trois à quatre minutes. Un an plus tard, en 1929, deux observations publiées par CAIN et OURY nous signalent une dysphagie qui s'installa assez rapidement, l'ingestion d'aliment provoquant vers la pointe du sternum une sensation de plénitude douloureuse à laquelle mettait fin d'ordinaire une régurgitation. La seconde observation note l'installation brutale en 24 heures d'une dysphagie accompagnée de salivation abondante et fétide.

En revenant aux cas qui nous intéressent, où toute dysphagie manque, voyons s'il existe d'autres signes d'une valeur sinon égale, tout au moins suffisante pour mériter de retenir l'attention.

L'aérophagie constatée au cours du cancer tubérocitaire est un signe important et précoce. Cette aérophagie a certains caractères particuliers ; la plupart du temps, le malade éprouve de multiples renvois gazeux, de moyenne importance, caractérisés par une grande fétidité. Dans l'observation III, on signale des crises d'éruption assez longues survenant après les

repas. Inodores au début, elles devaient devenir fétides. Parfois même, vers minuit, ce malade éprouvait une crise de renvois gazeux également fétides qui le tenaient éveillé une heure ou deux.

Mais, ce qui paraît le plus important et qui prédomine sous des aspects très différents, c'est le syndrome douloureux. Nous le retrouvons dans toutes nos observations. Dans l'observation I, il apparaît précocement et le malade vient consulter pour des douleurs dans la région cardiaque irradiants à l'épaule gauche. Il est encore le symptôme prédominant dans l'observation II, sous forme de crises douloureuses de l'hypocondre gauche, puis costales avec irradiation en hémi-ceinture et vers l'épaule gauche. Quelques mois plus tard, elles deviennent de plus en plus intenses à la base gauche, au milieu d'une brusque aggravation de l'état général avec amaigrissement, anorexie totale et température oscillante. Le malade de l'observation IV présente au milieu d'un syndrome anémique, une douleur à l'épigastre, sans caractère et sans horaire précis, accompagnée de vomissement glaireux à jeun. Cette douleur devait par la suite s'accompagner de douleurs post-prandiales, sans vomissement, avec anorexie et diarrhée. Enfin, dans l'observation V, on note, tout au début, des troubles gastriques caractérisés par des sensations douloureuses, peu intenses, mal localisées à la partie inférieure du thorax et supérieure de l'abdomen. Ces troubles s'accompagnent d'anorexie sans dégoût électif, avec grand amaigrissement et asthénie prononcée. Dans un cas de SARLES, il y avait alternance de périodes douloureuses et de périodes

dysphagiques ; il signale même en plus de la douleur, une irradiation dans le sein gauche. CAIN et OURY ont également insisté sur ces formes où des crises extrêmement violentes, rythmées dans certains cas par l'horaire des repas, se traduisent par une douleur épigastrique avec constriction thoracique rappelant, par leur intensité, la crise d'angor.

Aussi, nous voulons insister tout particulièrement sur cette forme douloureuse, surtout et avant tout, quand la douleur à gauche irradie vers l'épaule et en héli-ceinture du même côté, et c'est à juste titre que les auteurs précédemment cités, attirent l'attention sur la valeur clinique de ces manifestations douloureuses et pseudo-angineuses chez les malades amaigris, anémiques et dyspeptiques, manifestations qui doivent nous inciter à la recherche d'un cancer de la partie haute de l'estomac et en particulier de la grosse tubérosité.

Parmi les signes physiques décrits, aucun ne mérite d'être retenu ; cependant, ainsi que le signale SARLES, il pourrait exister de la matité de l'espace de Traube. FENWICK rapporte une manœuvre susceptible de permettre de palper la tumeur. Elle consiste à enfoncer les doigts en crochet sous le rebord costal en se plaçant vers la tête du malade, et en le faisant respirer profondément ; on peut percevoir, en fin d'inspiration une zone indurée très significative pour le diagnostic. Il n'est pas possible qu'un tel symptôme puisse exister autrement qu'à une période très tardive quand la tumeur a déjà pris un volume considérable.

En résumé, au point de vue clinique, il s'agit d'un syndrome diffus qui se rapproche du cancer du corps gastrique, où domine l'atteinte de l'état général. Cependant un symptôme nous apparaît particulièrement intéressant par sa fréquence : l'existence d'une douleur siègeant dans la région sous-costale gauche, permanente ou rythmée par les repas, qui prend toute sa valeur clinique lorsqu'elle évolue chez un individu exempt de toute affection pulmonaire et cardio-vasculaire en particulier.

A côté de cette douleur sous-costale gauche à irradiation transversale, et également ascendante vers le sein et l'épaule, l'éruclation fétide nous paraît un second signe susceptible d'orienter le diagnostic.

Au point de vue radiologique, on est surpris au cours de cette étude de la multiplicité des examens tant radioscopiques que radiographiques de l'estomac, faits par des spécialistes compétents, qui n'apportèrent aucun élément de diagnostic. C'est que les examens radiologiques ne furent bien souvent pratiqués qu'en position verticale. Dans cette position, l'estomac apparaît de volume normal, les parois sont souples, indolores à la palpation, les contractions régulières entraînent des évacuations normales, dessinant un bulbe et un cadre duodénal indemnes de toute lésion. D'autre part, le passage de la bouillie barytée dans l'œsophage et dans le cardia ne décèle aucune anomalie; tous ces éléments négatifs sont en effet notés dans les observations I et II.

Cependant il existe même en position verticale, en

ne considérant que l'estomac, un symptôme important; encore faut-il, ce qu'on ne fait peut-être pas assez systématiquement, regarder de près la poche à air gastrique. Dans l'observation V, MARESCHAL a été frappé de la diminution de la poche à air, de son irrégularité ; dans l'observation II, si l'on considère attentivement la radiographie, on voit que la poche à air est réduite, à sa partie gauche, et que ses limites droites sont fermées par une niche triangulaire dentelée, véritable coin d'ombre remplaçant la clarté normale. De même, dans l'observation I, en position debout, le Dr LAGARENNE avait noté l'aspect aérolaire de la poche à air. Qui plus est, MARESCHAL, ayant par un apport nouveau de gélobarine, rempli presque complètement l'estomac, note que le niveau supérieur du repas baryté est dentelé, irrégulier, ne présentant pas la ligne horizontale nette habituelle.

Nous pensons donc que l'étude attentive de la poche à air gastrique peut, dans nombre de cas, orienter le diagnostic et engager formellement à pratiquer un examen en position couchée. La position en décubitus dorsal ou ventral ou mieux en Trendelenbourg, la tête plus basse que le siège, préconisée par CAIN, apporte la certitude après ingestion barytée. L'observation I en donne une preuve évidente. Après plusieurs examens négatifs en position verticale, la position en décubitus révèle une image lacunaire typique de cancer de la grosse tubérosité. La première radiographie p. 23, prise en décubitus ventral, montre de nombreuses arborescences s'infiltrant dans tout l'espace

occupé par la tumeur. La suivante, p. 24, prise en décubitus dorsal, apporte une image un peu différente en mettant mieux en relief les limites supérieures de la tumeur par le reflux total de la bouillie barytée vers la partie déclive : la grosse tubérosité.

A côté de ces signes gastriques directs, pourrait-on dire, il existe, à notre avis, un symptôme radiologique indirect capital quand il existe : la surélévation du diaphragme gauche. CAIN, MARCHAND, AUGIER, le signalent dans une observation relative à une forme dysphagique du cancer tubérositaire. De même, CAIN et OURY font la même remarque dans une observation publiée quelque temps plus tard : « La coupole gauche régulière est plus élevée que la droite ». Dans l'observation I, où nous le retrouvons, ce signe paraît d'autant plus intéressant à signaler qu'il est associé à l'immobilité de la coupole diaphragmatique ; fait qui n'a été jusqu'alors jamais signalé à notre connaissance. C'est ce symptôme très anormal qui a retenu l'attention du Dr THOYER et lui a fait porter le diagnostic d'affection sous-diaphragmatique. C'est lui qui a engagé le Dr André BUSSON à rechercher une lésion de la grosse tubérosité gastrique par un examen en position couchée.

En conclusion, nous insisterons sur l'importance de l'éruption fétide, signe souvent précoce, et sur la douleur de la base gauche avec ses nombreuses irradiations. L'éruption fétide mise à part, il faut noter que les symptômes plus spéciaux du cancer de la grosse tubérosité sont des signes tardifs de propaga-

tion : dysphagie par propagation au cardia, douleur de la base gauche par propagation diaphragmatique. C'est dire que lorsque ces symptômes apparaissent, le cancer a déjà pris le plus souvent une extension massive.

Du point de vue radiologique, en position verticale, les déformations de la poche à air gastrique doivent être retenues. Les modifications de la coupole diaphragmatique gauche, surélévation et parfois immobilité, ont une grande valeur, en l'absence de lésions pleuro-pulmonaires ou médiastinales.

Le diagnostic est fourni avec facilité par l'examen en position couchée ou mieux de Trendelenburg.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Nous ne discuterons pas, dans le diagnostic différentiel, les signes de l'atteinte générale, amaigrissement, asthénie, anorexie, communs à tous les néoplasmes et à nombre d'affections, bien que dans la plupart des observations ces signes deviennent suffisamment nets, suffisamment progressifs, pour imposer le diagnostic d'imprégnation cancéreuse. Ce que nous voulons discuter, c'est la valeur des symptômes cliniques et radiologiques énoncés au chapitre précédent, afin d'éviter toute erreur d'interprétation.

L'aérophagie est un symptôme dont on connaît certes la banalité. Dans ce cas, il s'agit d'une grosse poche à air, percutable, visible à la radioscopie et s'accompagnant de nombreux renvois inodores le plus souvent, mais jamais fétides comme dans le cancer de la grosse tubérosité.

La douleur de la base gauche fait avant tout penser à une affection cardiaque, pleuro-pulmonaire, colique ou splénique. Les algies cardiaques sont certes un des premiers diagnostics à envisager, surtout que CAIN a décrit des formes douloureuses rappelant la crise d'angine de poitrine, par le siège de la douleur épigastrique, la sensation de constriction thoracique et

l'intensité de la crise. Mais, l'examen cardio-aortique s'avère absolument normal; et ces douleurs ne sont pas déclenchées par un effort et ne sont pas accompagnées d'autres manifestations associées d'insuffisance ventriculaire gauche. Enfin leur siège est situé plus bas et les irradiations transversales en hémi-ceinture fréquentes.

Dans d'autres cas, la concomitance de diarrhée ou de constipation glaireuse oriente vers une affection colique et nous rappellerons que dans l'observation II, nous avons rapporté ces douleurs à une entérocélite chronique. Cependant, le siège particulier sans autre douleur nette abdominale, est bien spécial, et un lavement baryté montrera l'absence d'anomalie de l'angle splénique, sans aérocolie localisée susceptible de les expliquer.

Dans d'autres cas enfin, une affection pleuro-pulmonaire peut d'autant mieux être envisagée que les douleurs s'accompagnent d'un syndrome infectieux avec température élevée. Telles se présentent les observations I et II. Dans la première, nous rappelons que l'on soupçonna chez le malade une atteinte tuberculeuse : la fièvre oscillait depuis 8 jours aux environs de 39° et l'état général s'aggravait. Dans la deuxième l'épanchement pleural réactionnel accompagné d'une température à 38° 5 était bien fait pour faire porter le diagnostic de pleurésie aiguë. Le liquide retiré par ponction présentait à l'examen microscopique la formule d'un épanchement puriforme aseptique et permettait d'écarter le diagnostic de tuberculose pleu-

rale. Mais, l'origine de cet épanchement réactionnel restait discutable. Il s'agissait en effet d'un malade opéré quelques semaines auparavant de cholécystite, et le diagnostic d'un abcès pulmonaire ou sous-phrénique, avec épanchement réactionnel, était parfaitement plausible. L'autopsie d'ailleurs montra bien l'existence de cet abcès sous-phrénique secondaire à l'ouverture du néoplasme ulcéré.

Reste la discussion des signes radiologiques. Nous voudrions insister sur ce signe rare, mais non exceptionnel, qu'est la surélévation du diaphragme. Il s'agit là d'un signe assez fréquemment rencontré au cours des examens radiologiques ; mais alors, on trouve le plus souvent une poche à air gastrique volumineuse, régulièrement arrondie, ou une aérocolie massive de l'angle splénique du côlon. En leur absence, on pensera à une symphyse pleurale ou à une sclérose pulmonaire rétractile de la base. Dans le cas de cancer de la grosse tubérosité, le fait particulier est que cette surélévation diaphragmatique va de pair avec deux signes particuliers ; tout d'abord l'existence d'une poche à air restreinte ou, tout au moins, dont la limite supérieure n'atteint pas la courbe arrondie du diaphragme. C'est ainsi qu'on aurait dû être frappé dans l'observation II de l'irrégularité du contour supérieur de la poche à air réduite à sa partie gauche, limitée à droite par une ombre obscure vaguement triangulaire. Le deuxième signe tout aussi important est l'absence totale de signe radiologique de lésion pulmonaire ou pleurale de la base.

Quand à la surélévation du diaphragme s'associe l'immobilité, comme dans l'observation I, on peut penser à une paralysie diaphragmatique, et, en plus des étiologies précédentes, on doit soulever le problème d'une paralysie phrénique et en rechercher la cause dans une atteinte du nerf phrénique gauche dans son trajet médiastinal. Cette dernière hypothèse étant écartée par l'étude tant clinique que radiologique du médiastin, il restera à chercher les causes sous-diaphragmatiques : l'abcès sous-phrénique, le cancer de l'angle splénique du côlon, le cancer de la grosse tubérosité. Dans cette zone difficilement explo-
rable par l'examen clinique, du fait de sa situation anatomique, tout se résume en un examen radiologique bien fait de l'intestin et de l'estomac. La radiographie en position de décubitus ou de Trendelenburg donne vraiment la clef du diagnostic : dans les observations que nous avons relevées, où cet examen a eu lieu, l'image radiologique fut toujours parfaitement caractéristique et ne prêta pas à discussion.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le nombre restreint des comptes rendus d'autopsies rend difficile une appréciation absolue du pourcentage des différentes formes anatomiques. Cependant, un certain nombre de points paraissent assez nets.

Dans la plus grande majorité des cas, on rencontre des formes ulcéro-végétantes assez volumineuses. Dans l'observation III, il s'agissait d'un cancer encéphaloïde végétant, très friable, coiffant le fond de la grosse tubérosité. CAIN, MARCHAND, AUGIER, signalent une tumeur ulcéro-végétante bosselée et très indurée. Dans l'observation II, nous trouvons également un cancer ulcéro-végétant avec des proliférations très importantes dans la cavité gastrique, le centre étant formé par une ulcération, grande comme une petite paume de main, creusée d'un cratère en son centre.

L'infiltration de la coupole diaphragmatique paraît également être un signe presque constant que l'on retrouve dans l'observation III, où le diaphragme infiltré et épaissi, obture le fond de l'ulcération cancéreuse. De même dans l'observation II, où la grosse tubérosité ne pouvait être séparée du diaphragme avec lequel elle faisait bloc.

Certaines propagations, surtout vers le hile de la rate, ont été notées. CAIN, MARCHAND, AUGIER, citent un cas avec adhérence au diaphragme, à l'angle gauche du côlon et au hile de la rate. Dans l'observation II, on trouve une tumeur creusée en cratère et ouverte dans la rate. Il a été également signalé des propagations au diaphragme, au cul-de-sac pleural et à la base du poumon correspondant.

Terminons en signalant la fréquence de l'infection. Dans l'observation III, il s'agit d'une fonte purulente anaérobie des prolongements de la tumeur : cause de sa grande fétidité. Dans l'observation II, les nombreuses localisations infectieuses cadrent bien avec l'évolution fébrile du cancer de la grosse tubérosité. Citons à l'occasion de cette observation, les perforations soit en péritoine cloisonné, soit, comme dans l'observation II, dans un organe de voisinage. Elle nous paraît être un des plus beaux exemples qui puissent être donnés, avec abcès de la rate et sous-phrénique concomitant.

TRAITEMENT

S'il est des cancers gastriques où l'on puisse appliquer une thérapeutique efficace, ici, même un diagnostic aussi précoce soit-il, n'apporterait aucune possibilité opératoire.

C'est ainsi que l'on se contentera d'un traitement symptomatique avant tout dirigé sur la douleur. La radiothérapie dans le cancer gastrique, comme la radiumthérapie n'apportent tout au plus qu'une sédation de courte durée.

CONCLUSIONS

1° Le cancer de la grosse tubérosité de l'estomac représente une localisation très rare des cancers gastriques.

2° A côté d'une forme dysphagique, c'est-à-dire où l'apparition de dysphagie vient au cours de l'évolution orienter le diagnostic, il convient de décrire des formes sans dysphagie où ce symptôme capital manque jusqu'à la mort.

3° Dans ces derniers cas, l'aérophagie fétide et surtout les douleurs plus ou moins intenses de la base gauche du thorax, paraissent être des signes importants d'orientation clinique.

4° L'examen radiologique correctement pratiqué doit permettre d'aboutir au diagnostic.

Un signe d'orientation radiologique nous apparaît capital : la surélévation, avec dans certains cas l'immobilité de la coupole diaphragmatique gauche coexistant avec une intégrité parfaite pleuro-pulmonaire de la base gauche. En position verticale, les mo-

difications de la poche à air gastrique ne sont pas négligeables. L'examen en décubitus dorsal et ventral ou même en position de Trendelenburg, révélera l'image lacunaire typique:

Vu :

**LE DOYEN,
TIFFENEAU.**

Vu :

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
CARNOT.**

Vu et permis d'imprimer :

**LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.**

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE et ARGAND. — Région fundique de l'estomac. *Association française pour l'étude du cancer*, 20 fév. 1928.
- BEURAIN. — Latence du cancer chez les vieillards. *Revue Médicale de Normandie*, Rouen, 1907.
- JACQUIER-BRET. — *Thèse Lyon*, 1909. Cancer sous-cardiaque de l'estomac.
- CADIER. — Formes latentes. *Thèse Nancy*, 1935.
- CAIN, MARCHAND, AUGIER. — *Presse Médicale*, 4 août 1928.
- CAIN et OURY. — Deux nouveaux cas de cancer de la grosse tubérosité. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, juillet 1929.
- CAIN (A.). — Cancers sous-cardiaques et cancers tubérositaires. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 31 mai 1934.
- CHESNEL. — Cancer latent de l'estomac. *Thèse de Paris*, 1877.
- CLERC et GY. — Cancer latent de l'estomac à forme anémique. *Société Médicale des Hôpitaux*, 26 mars 1909.
- GUTMANN. — Forme haute du cancer gastrique, p. 264, tome I.
- JOURNAL BELGE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE. — Cancer partie haute de l'estomac, décembre 1933.
- Néoplasme face postérieure, février 1936.
- Deux images cancer haut situé estomac, février 1934.

- Quatorze cas de cancer du cardia, février 1934.
- JUPIN. — Contribution à l'étude de la forme œsophagienne du cancer de l'estomac. *Thèse Paris*, 1925.
- KINBERG (L.) et GARCIN (R.). — Pseudo-splénomégalie par cancer de l'estomac. *Progrès Médical*, 26 novembre 1927, p. 1849.
- LACOURBE. — Cancer face postérieure de l'estomac. *Bulletins et Mémoires Société Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1885.
- LAZEANU. — Cancer grosse tubérosité. *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, avril 1930.
- LENOIR, BARIETY et MAMOUL. — Retentissement œsophagien et duodénal d'un cancer gastrique sous-cardiaque à forme hémorragique et anémique. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 13 mai 1926.
- MARESCHAL. — *Presse Médicale*, 13 octobre 1928.
- MICHEL. — La forme œsophagienne du cancer de l'estomac. *Thèse Lyon*, 1919.
- PINCHART. — Fièvre dans le cancer de l'estomac. *Thèse de Lille*, 1905.
- RAMOND (Félix) et CHABRUN. — Cancer de la grosse tubérosité. *Société Gastro-Entérologique de Paris*, 8 février 1926.
- ROUBIER, BOUYSSSET et Mlle GUILLEMAIN. — *Lyon Médical*, 17 avril 1937, p. 455.
- ROUSSEAU. — De quelques formes et cas rares dans le cancer de l'estomac. *Thèse Paris*, 1911.
- SARLES (R.). — Cancer de la grosse tubérosité. *Marseille Médical*, tome I, 5 janvier 1930, p. 40.
- SOULIE. — Cancer du cardia et pôle supérieur de l'estomac. *Thèse Paris*, 1923.

TRECHTCHENKOW. — Contribution à l'étude du cardio spasme. *Thèse Paris*, 1912-13.

VICENEUX. — Syndrome œsophagien avec sténose sous-cardiaque et biloculation néoplasique. *Thèse Paris*, 1905.

VUILLIEME (J.). — Cancer de l'estomac. *Encyclopédie médico-chirurgicale*, p. 9027.

TABLE DES MATIERES

I. — Limitation du sujet.....	13
II. — Historique	15
III. — Observations	19
IV. — Etude clinique.....	37
V. — Diagnostic différentiel.....	47
VI. — Anatomie pathologique.....	51
VII. — Traitement	53
VIII. — Conclusions	55
IX. — Bibliographie	57

